

200 16 858 IV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Juni 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 16. August 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2007 mit Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 6 ff.) vorgenommen resp. insbesondere ein interdisziplinäres (allgemeinmedizinisches, rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten vom 15. Mai 2008 (AB 24) eingeholt hatte, sprach sie dem Versicherten mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 20. November 2008 (AB 34) eine halbe Rente ab 1. August 2007 zu.

Auf ein Revisionsgesuch des Versicherten vom 17. August 2010 (AB 43) trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. November 2010 (AB 49) nicht ein. Ein erneutes Revisions- bzw. Erhöhungsgesuch vom 4. August 2011 (AB 52) wies sie nach Vorliegen des interdisziplinären (allgemeinmedizinischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachtens vom 21. Dezember 2012 (AB 63) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 14. Februar 2013 (AB 67) ab.

B.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision im Dezember 2014 (vgl. AB 69) holte die IVB Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte (AB 70 f., 78) ein und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 75) eine polydisziplinäre Begutachtung (allgemeinmedizinisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches Gutachten vom 4. März 2016; AB 91.1). Mit Vorbescheid vom 3. Juni 2016 stellte die IVB unter Hinweis auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket, in Kraft seit 1. Januar 2012; nachfolgend Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision) des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG;

SR 831.20) die Aufhebung der Rente in Aussicht (AB 96). Nach erhobenem Einwand (AB 100, 102) hob die IVB die Rente entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 16. August 2016 (AB 105) per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf.

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 15. September 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 16. August 2016 sei aufzuheben, eventualiter sei ihm unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung ab Oktober 2016 eine Viertelsrente zuzusprechen. Im Wesentlichen macht er geltend, eine Überprüfung der laufenden Rente gestützt auf die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision sei vorliegend ausgeschlossen, da weder die ursprüngliche Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgt sei noch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein solches vorliege. Ausserdem liege kein (materieller) Revisionsgrund vor.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2016 die Abweisung der Beschwerde. Sie erachtet die Rentenaufhebung schon gestützt auf die Schlussbestimmungen als zulässig, andererseits liege aber auch ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vor.

Mit Eingabe vom 15. November 2016 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Einreichung von Schlussbemerkungen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Februar 2017 wies der Instruktionsrichter auf eine mögliche Schlechterstellung in Bezug auf den Anspruch auf Weiter- bzw. Wiederausrichtung der bisherigen Rente nach Absatz 3 der Schlussbestimmungen im Falle einer Bestätigung der Rentenaufhebung gestützt auf Art. 17 ATSG hin. Im Wissen darum hielt der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 2. März 2017 ausdrücklich an der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. August 2016 (AB 105). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen

oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so-

wie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus-

schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.7 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

2.8

2.8.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.8.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.8.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.8.4 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

2.9 Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Als relevanter Anknüpfungspunkt für den über 15-jährigen Rentenbezug gilt der Beginn des Rentenanspruchs und nicht das Datum der (rechtskräftig erlassenen) Rentenverfügung (BGE 139 V 442 E. 4.3 S. 450).

3.

Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung mit umfassender materieller Prüfung des Rentenanspruchs vom 14. Februar 2013 (AB 67) mit demjenigen im Zeitpunkt der hier angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 16. August 2016 (AB 105) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.8 hiavor).

3.1 Bei Erlass der Verfügung vom 14. Februar 2013 (AB 67) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten des C._____ (MEDAS C._____) vom 21. Dezember 2012 (AB 63). Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen mit deutlicher vegetativer Symptomatik und Angstsymptomatik sowie ein lumbalbetontes panvertebrales Syndrom mit/bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und Haltungsinsuffizienz (S. 22 Ziff. 7) und ohne Auswirkungen

auf die Arbeitsfähigkeit ein Diabetes mellitus II, eine Adipositas, eine unklare Beinschwäche beidseits, Spannungskopfschmerzen und ein Status nach Unfall mit Sturz in die Tiefe mit Rippenserienfrakturen links und Hämatothorax im Mai 2012 diagnostiziert (S. 23 Ziff. 8). Die depressive Symptomatik äussere sich in Schlafstörungen, Gereiztheit, mangelnder Libido, Antriebslosigkeit und in Form katastrophisierender Vorstellungen und Ängsten, vegetativen Symptomen wie Bauchkrämpfen, Zittern und Schwindel. Der Beschwerdeführer berichte über anhaltende Rückenschmerzen vor allem im Kreuzbereich mit immer wieder auftretender leichter Schwäche in den Oberschenkeln bei längerem Gehen. Bei der klinischen Untersuchung finde man Zeichen eines leicht ausgeprägten lumbovertebralen Syndroms ohne Hinweise für radikuläre Reiz- oder Ausfallsphänomene. Da zuletzt auswärtig durchgeführte Computertomogramm der Lendenwirbelsäule von August 2008 ergebe degenerative Veränderungen im unteren LWS-Abschnitt (S. 23 Ziff. 9). Bereits aufgrund der somatischen Befunde sei die zuletzt ausgeübte ...-Tätigkeit nicht mehr zumutbar, zumal der Beschwerdeführer auch angebe, an Schwindel zu leiden. Des Weiteren sei dieser Beruf mit körperlichen Zwangshaltungen verbunden, die ihm aufgrund des Rückenleidens nicht mehr zumutbar seien (S. 23 Ziff. 10). Für körperlich adaptierte Tätigkeiten ohne repetitives Lastenheben, ohne körperliche Zwangshaltungen und ohne Besteigen von Gerüsten und Leitern bestehe aus somatischer Sicht eine Einschränkung von rund 20 % wegen vermehrten Pausen. Aufgrund des psychiatrischen Leidens ergebe sich eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei aufgrund des psychiatrischen Leidens in seiner psychophysischen Belastbarkeit, seiner Kraftentfaltung und seiner Ausdauer eingeschränkt, sodass gesamthaft von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei (S. 24 Ziff. 11). Der Beschwerdeführer traue sich in deutlich regressiver Manier keinerlei Arbeitsleistungen mehr zu, sodass er auch kaum zu motivieren sei, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen (S. 24 f. Ziff. 13).

3.2 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 14. Februar 2013 (AB 67) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 23. Januar 2015 ging der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, von einer zunehmenden depressiven Symptomatik aus (AB 70/3 Ziff. 11).

3.2.2 Der behandelnde Psychiater Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Januar 2015 (AB 71) eine rezidivierende mittelschwere depressive Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Zeitweilig wirke der Beschwerdeführer agitiert, dann wieder verzweifelt und gehemmt. Eine hochgradige Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörung und Vergesslichkeit sowie erhebliche Störung der Vitalgefühle stünden ganz im Vordergrund und prägten Passivität und schwere Antriebslosigkeit. Sowohl aus der erkennbaren Entwicklung der Schmerzen als auch die Fixierung auf eine somatische Krankheit und der Therapieresistenz würden geradezu überdeutlich auf einen Konversionsmechanismus hinweisen. Die zeitweilig depressiven Episoden auf die Reaktion seiner Schmerzen seien zunehmend länger geworden und hätten sich jetzt zu einer anhaltenden, vollständig chronifizierten, verinnerlichten und therapieresistenten schweren Episode entwickelt. Damit läge die Kombination zweier schwerer psychischer Störungsbilder vor, die erhebliche Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit in einer beliebigen beruflichen Tätigkeit hätten (AB 71/3 Ziff. 10; vgl. auch AB 71/5 ff. und 78/2 ff.).

3.2.3 Bezugnehmend auf die Aktivitäten des Beschwerdeführers (insbesondere Flüge in die Ferien) ging die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Anästhesiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 8. April 2015 (AB 73) von einer Verbesserung des psychiatrischen Gesundheitsschadens aus, da eine schwere psychiatrische Erkrankung, auch eine Depression von entsprechender Ausprägung, damit nicht vereinbar wäre. Was der Beschwerdeführer an Aktivitäten und Kontakten zeige (inklusive seinem Hobby als ...) relativiere die Angaben zu den psychiatrischen Befunden des behandelnden Psychiaters (vgl. E. 3.2.2 hiervoor). Eine psychiatrische schwere Erkrankung zusätzlich zu psychosomatischen Beschwerden sei nicht ausgewiesen, damit auch keine Verschlechterung gegenüber den Vorbefunden (AB 73/4; vgl. auch AB 75/2).

3.2.4 Die Gutachter der G._____ (MEDAS G._____) diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 4. März 2016 was folgt (AB 91.1/31 Ziff. 5.1):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei schweren degenerativen Veränderungen in der LWS und neuroforaminaler Enge L5/S1 beidseits
- rezidivierende depressive Störung, leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.1)
- dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54.4)
- Verdacht auf Claudicatio spinalis

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- HWS-Beschwerden ohne radiologisches Korrelat
- Diabetes mellitus Typ 2
- arterielle Hypertonie
- Adipositas
- Status nach Spontanabgang eines Nierensteins Februar 2012
- Status nach Nikotinabusus (20 py)
- anamnestisch elektrokardiografisch Q in III und AVF
- Kopfwere vom Spannungstyp, Medikamentenübergebrauch
- Status nach S1 Läsion rechts
- Schwindel, nicht vestibulär
- anankastische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.0)

Die Rückenbelastbarkeit sei erheblich herabgesetzt (AB 91.1/32 Ziff. 5.1.2). Arbeiten in gebückter, kniender und kauender oder hockender Haltung seien nicht zumutbar wie auch Arbeiten mit ausschliesslich Treppensteigen, Besteigen von Gerüsten, in Höhen und auf unebenem Gelände. Rein gehende, rein stehende und rein sitzende Arbeiten und solche mit monotoner Haltung des Oberkörpers seien nicht zumutbar. Gehen mit Tragen von schweren Gewichten über 5 kg seien nicht zumutbar. Das Zumutbarkeitsprofil eines ... entspreche nicht diesem Zumutbarkeitsprofil; entsprechend bestehe in der angestammten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr; in einer Verweistätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (AB 91.1/27 Ziff. 4.1.1).

Psychiatrisch habe sich der Zustand verbessert. Es liege keine somatoforme Störung mehr vor (AB 91.1/32 Ziff. 5.1.2). Es fänden sich zwar Leiden, nicht jedoch eine anhaltende schwerwiegende psychiatrische Erkrankung, die ein positives Leistungsbild in einer angepassten (leichten, einfach strukturierten) Tätigkeit um mehr als 33 % einschränken würde. Auf psychiatrischem Gebiet sei von einer leicht abgesenkten Stimmungslage und erlebter Perspektivenlosigkeit mit klar formulierter Erwartung eines Zuspruchs

einer vollen Invalidenrente auszugehen. Während der Untersuchung sei es dem Beschwerdeführer gut möglich gewesen, sich zwei Stunden zu konzentrieren. Auch die Erledigung von Arbeiten mit den ... sei ihm eigenen Aussagen zufolge während zweier Stunden möglich. Im Januar 2015 sei vom behandelnden Psychiater noch eine schwere Antriebslosigkeit, erhebliche Störung der Vitalgefühle, hochgradige Niedergeschlagenheit sowie Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit beschrieben worden (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Im Sommer 2015 sei es ihm bereits wieder möglich gewesen, einen Monat in seine Heimat zu fahren und sogar alleine zurückzufliegen, was sich mit einem schweren depressiven Störungsbild nicht decke (AB 91.1/23 ff. Ziff. 3.3.3).

Nach dem Dargelegten bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von mindestens 66 %. Die degenerativen Veränderungen der LWS seien erstmalig 2012 anlässlich der Begutachtung festgehalten worden. Es sei jedoch davon auszugehen, dass diese sicherlich schon seit mehreren Jahren bestehen. Die Arbeitsfähigkeit von 0 % als ... könne entsprechend sicherlich rein orthopädisch schon ab 2008 postuliert werden, ebenso die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von 100 % in einer Verweistätigkeit. Die Restarbeitsfähigkeit von mindestens 66 % aus psychiatrischer Sicht gelte seit der letzten Revision (AB 91.1/30 Ziff. 4.1.6). Der Beschwerdeführer limitiere sich selbst durch sein Schmerzerleben, durch die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, die Prognose sei nicht durch schwere psychiatrische Krankheit limitiert, jedoch durch fehlendes Anreizsystem eher ungünstig (AB 91.1/30 Ziff. 4.1.7).

3.3 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G. _____ vom 4. März 2016 (AB 91.1; vgl. E. 3.2.4 hiervor) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 2.6 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Wie sogleich aufzuzeigen sein wird, äussert sich dieses entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 9 Art. 9, genügend zu einer allfälligen Veränderung des Sachverhalts. Das Gutachten wurde denn auch vor dem Hintergrund einer bestehenden, vom RAD aber im Ausmass angezweifelt Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 91.1/15 Ziff. 2.5.1) und damit mit Blick auf eine allfällige Veränderung des Sachverhalts in Auftrag gegeben. Im somatischen Bereich scheinen

sich indessen keine wesentlichen Änderungen ergeben zu haben: Dem orthopädischen Teilgutachten zufolge seien die degenerativen Veränderungen der LWS erstmalig 2012 anlässlich der Begutachtung festgehalten worden und es sei davon auszugehen, dass diese sicherlich schon seit mehreren Jahren bestünden. Die Arbeitsfähigkeit von 0 % als ... könne entsprechend sicherlich rein orthopädisch schon ab 2008 postuliert werden, ebenso die Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer Verweistätigkeit (AB 91.1/20 Ziff. 2.5.8.6). Auch unter neurologischen Gesichtspunkten wurden Arbeiten auf dem ... realistischerweise als nicht zumutbar, angepasste Tätigkeiten hingegen als zumutbar erachtet (AB 91.1/22 f. Ziff. 3.2.3). Soweit im Gutachten der MEDAS C. _____ von 2013 aus somatischer Sicht eine Einschränkung von rund 20 % (wegen vermehrten Pausen; AB 63/24) postuliert worden ist, scheint es sich nunmehr um eine bloss abweichende Bewertung zu handeln (vgl. E. 2.8.4 hiervor). Indessen wird vorliegend die Invalidität mit einem psychiatrischen Leiden begründet (so AB 91.1/15 Ziff. 2.5.1, 91.1/18 Ziff. 2.5.5). Im Gutachten der MEDAS G. _____ ist diesbezüglich von einem verbesserten Zustand die Rede (AB 91.1/32 Ziff. 5.1.2). Präzisierend wird im psychiatrischen Teilgutachten (AB 91.3) festgehalten, die Diagnose der somatoformen autonomen Funktionsstörung (des Gastrointestinaltraktes; ICD-10 F45.38) sei klinisch nicht mehr nachweisbar, sei zuletzt 2008 postuliert worden, habe als mindestens seit aktueller Antragstellung remittiert zu gelten und sei somit im vorliegenden Fall nicht zu codieren (S. 18).

3.3.1 Verdeutlicht wird diese Veränderung mit Blick nicht bloss auf das Gutachten der MEDAS C. _____ vom 21. Dezember 2012 (AB 63; vgl. E. 3.1 hiervor), sondern zusätzlich das ältere vom 15. Mai 2008 (AB 24). Diagnostiziert wurde damals eine depressive Störung mittelgradiger Episode mit ausgeprägter vegetativer Symptomatik sowie eine dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung (Gangstörung) und ein Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (AB 24/16 Ziff. 3.3.4). Das depressive Syndrom zeichne sich insbesondere durch Resignation, Selbstentwertungstendenz und Leeregefühl aus und sei von erheblichen vegetativen Symptomen begleitet und habe schliesslich auch kognitive Auswirkungen. Darüber hinaus seien die vom Beschwerdeführer beschriebenen (Kopf-)Schmerzzustände trotz bisher

intensiver Abklärungen keinem organischen Korrelat zuzuordnen, weshalb eine somatoforme Schmerzkomponente postuliert werden müsse, ebenso eine somatoforme autonome Funktionsstörung zur Erklärung der von ihm beklagten Beschwerden im Bereiche des Magen-Darm-Traktes. Die Symptomatologie sei auch stark angstüberlagert, insbesondere spielten katastrophisierende Vorstellungen eine Rolle. Die mit der depressiven Störung interferierenden vegetativen Störungen wie Schwindel usw. sowie die Erschöpfungszustände und eine affektive Komponente (ängstlich-depressiv bzw. stark angstüberlagerte Symptomatik) würden die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (AB 24/17 f.). Seither ist bis zur neuerlichen Begutachtung durch die MEDAS C._____ im Jahr 2012 (AB 63; vgl. E. 3.1 hiervor) nach Ansicht der Gutachter keine Veränderung der gesundheitliche Situation eingetreten (AB 63/24 Ziff. 11). Die depressive Symptomatik schein zwar etwas abgenommen zu haben, manifestiere sich aber noch in Durchschlafstörungen, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Lärmempfindlichkeit sowie vegetativen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Mundtrockenheit und Bauchkrämpfen und kalten Akren. Der Beschwerdeführer zeige einen etwas verlangsamten Denkablauf und es finde sich eine gewisse Angstsymptomatik mit katastrophisierenden Vorstellungen. Insgesamt erscheine er deutlich minderbelastbar. Insgesamt habe sich der psychische Zustand nicht grundlegend geändert bzw. relevant verbessert. Wie bei einer rezidivierenden depressiven Störung üblich könnten immer wieder Exazerbationen der depressiven Symptomatik auftreten (AB 63/20 f. Ziff. 4.3.5).

3.3.2 Seit diesen Gutachten durch die MEDAS C._____ ist es gemäss aktuellem Gutachten der MEDAS G._____ vom 4. März 2016 (AB 91; vgl. E. 3.2.4 hiervor) zu einer erhebliche Abnahme der Psychopathologie gekommen: So wird im aktuellen psychiatrischen Teilgutachten (AB 91.3) ausdrücklich festgehalten, verglichen mit der Eintrittsdiagnose bei der letzten Hospitalisation im 2013 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung) habe die Psychopathologie aktuell erheblich abgenommen; in den letzten zwei Jahren sei es zu keiner erneuten Hospitalisation gekommen, es schein, dass die Symptomatik nicht wieder exacerbiert sei seit der letzten Hospitalisation (S. 13 Ziff. 4.3.2.4). Zwar seien im Januar 2015 vom behandelnden Psychiater

noch schwere Antriebslosigkeit, erhebliche Störung der Vitalgefühle, hochgradige Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit beschrieben worden (vgl. E. 3.2.2 hiervor), doch sei es dem Beschwerdeführer im Sommer 2015 bereits wieder möglich gewesen, einen Monat in seine Heimat zu fahren und sogar alleine zurückzufliegen, was sich mit einem anhaltend schweren depressiven Störungsbild nicht decke (S. 23 Ziff. 5.3.5). Im aktuellen psychopathologischen Befund fänden sich keine durchgängig abgesenkte Stimmung, durchgängig verminderter Antrieb oder durchgängig verminderte Vitalgefühle mehr; es habe sich zum Untersuchungszeitpunkt eine leicht abgesenkte Stimmung gezeigt, möglicherweise Hinweise auf leichte Konzentrationsprobleme, leichte Müdigkeit bzw. leichte Erschöpfung, was sich als eine leichte Depressivität im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung zeige (ICD-10 F33.1; S. 15, Ziff. 5.2.1). Bewusstseinsstörungen und Orientierungsstörungen fänden sich nicht, kognitive Störungen liessen sich nicht durchgängig objektivieren, psychonahes Erleben liege nicht vor. Die Emotionalität sei nicht durchgängig negativ geprägt, lediglich leicht niedergedrückt. Eine leichte Störung der Vitalität könne nicht ausgeschlossen werden. Somatisierungstendenz im Rahmen des depressiven Geschehens scheine gegeben. Eigentliche Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von Selbstverletzung und Zwängen bestünden nicht, jedoch imponiere eine für den Beschwerdeführer möglicherweise typische Passivität, die ihn in der Anpassung an die Umweltanforderungen eher hemme. Zwischenmenschliche Probleme im Sinne von Konflikten könnten durch Äusserungen von Gereiztheit nicht ausgeschlossen werden, im Vorbefund ebenfalls beschriebene Konflikte zwischen den Eheleuten. Sozialer Rückzug und soziale Dekonditionierung scheinen nicht gegeben. Aus dem Befund lasse sich ein eher leichtes Ausmass des Schweregrades der Psychopathologie ableiten (S. 20 Ziff. 5.2.2.2). Auf psychiatrischem Gebiet sei von einer leicht abgesenkten Stimmungslage und erlebter Perspektivenlosigkeit mit klar formulierter Erwartung eines Zuspruchs einer vollen IV-Rente auszugehen. Es fänden sich zwar Leiden, nicht jedoch eine anhaltend schwerwiegende psychiatrische Erkrankung, die ein positives Leistungsbild in einer angepassten Tätigkeit vollständig einschränken würde. Man komme nicht umhin, Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu attestieren (S. 21

Ziff. 5.3.1.3). Wesentlich ist dabei, dass nicht bloss hinsichtlich der depressiven Störung (nur noch leichtgradig bzw. in Form einer Dysthymie; vgl. dazu insb. AB 91.3/11 f. betr. fehlenden Hinweisen auf Einschlaf- und Durchschlafprobleme, sozialen Rückzug etc.; vgl. dazu auch die angefochtene Verfügung [AB 105], S. 4 unten) eine Verbesserung eingetreten ist, sondern die zuvor mit der depressiven Störung noch interferierenden und die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigenden Begleitstörungen (somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes [vgl. dazu AB 91.3/18]; Gangstörung im Sinne einer dissoziativen Störung der Bewegung und Empfindung [AB 91.3/17]; stark angstüberlagerte Symptomatik [AB 91.3/11]: nicht ängstlich oder affektarm) sind nicht mehr feststellbar.

3.4 Damit ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen, was einen materiellen Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG darstellt und zur freien Prüfung des Rentenanspruchs führt (vgl. E. 2.8.3 hiavor).

Die Beschwerdegegnerin hat die Rente gestützt auf die Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision revidiert (vgl. die angefochtene Verfügung vom 16. August 2016; AB 105). Wie soeben dargelegt ist seit der letzten rechtskräftigen Verfügung mit umfassender materieller Prüfung des Rentenanspruchs eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, womit ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG zu bejahen ist. Ob daneben die Rente im Sinne der angefochtenen Verfügung auch gestützt auf die Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision revidierbar wäre (vgl. E. 2.9 hiavor), kann somit offen gelassen werden, da der Rentenanspruch des Beschwerdeführers so oder anders frei zu überprüfen ist. Auf die Folgen einer Rentenaufhebung mit substituierter Begründung wurde der Beschwerdeführer in der prozessleitenden Verfügung vom 17. Februar 2017 hingewiesen, womit er die daraus für ihn – bei möglicherweise wiederzugewinnender Eingliederungsbereitschaft – resultierende Schlechterstellung zu erdulden hätte.

3.5 Der interdisziplinären Beurteilung der Gutachter der MEDAS G._____ zufolge wirken sich (noch immer) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei schweren degenerativen Veränderungen

der LWS und neuroforminaler Enge L5/S1 beidseits, eine rezidivierende depressive Störung leichtgradiger Episode, eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung und der Verdacht auf Claudicatio spinalis auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... aus (AB 91.1/35 Ziff. 5.3.1), dies seit dem Jahr 2008 (AB 91.1/38 Ziff. 5.6.1). In einer angepassten Tätigkeit wird er indessen aus somatischer Sicht seit 2008 als voll arbeitsfähig erachtet; Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit werden ausschliesslich mit psychiatrischen Leiden begründet (AB 91.1/38 Ziff. 5.6.2; vgl. bereits E. 3.3 hiavor). Relevant sind somit ein depressives Geschehen leichter Ausprägung und eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung auf dem Hintergrund einer Rentenbegehrlichkeit ("[...] final ausgerichtete Entschädigungshaltung in Erwartung einer vollen Rente"; AB 91.3/19). Einer leichtgradigen depressiven Episode ist ohnehin der invalidisierende Charakter abzuspochen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.; vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3). Das dysfunktionale Verhalten ist nach der Aktenlage bewusstseinsnah und vom Beschwerdeführer dahin gesteuert, das zu erhalten, was er will. So führte er im freien Vortrag (AB 91.3/4 f. Ziff. 3.2.1) denn auch aus, wenn er sich aufrege, würden die Familienangehörigen nachgeben. Bei einer so erlernten Verhaltensstörung im Sinne einer dysfunktionalen Verarbeitung von Schmerzen handelt es sich nicht um eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert, welche die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen vermöchte (Entscheid des BGer vom 9. August 2011, 8C_369/2011, E. 4.3). Ganz allgemein stellen aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht Verhaltensmuster und Beschwerden, welche durch eine Rentenbegehrlichkeit bestimmt und gesteuert werden, keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. vgl. ULRICH MEYER/ MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 S. 21 f.). Auch wenn das Gutachten der MEDAS G. _____ vom 4. März 2016 (AB 91.1) grundsätzlich überzeugt, ist nach dem eben Dargelegten die Beschwerdegegnerin zu Recht von der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgewichen. Damit vermag der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich und ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben.

3.6 Dem entsprechend resultiert von vornherein kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr (vgl. E. 2.4 hiavor). Selbst unter Gewährung eines Abzuges von 20 % wegen nicht mehr möglicher Schwerarbeit ergibt sich noch immer ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. dazu die Berechnung der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 16. August 2016; AB 105/3).

4.

4.1 Zu prüfen bleibt ein allenfalls vorgängiger Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen vor der Renteneinstellung.

Die Rechtsprechung hat in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (Art. 7 Abs. 1 i.V.m. Art. 16 ATSG). Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruflich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für eine Umsetzung eines (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus medizinischer Sicht fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invalideneinkommens in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird. Aus beruflich-erwerblicher Sicht können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des BGer vom 10. September 2010, 9C_768/2009, E. 4.1).

Der Ausnahmetatbestand, wonach die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären hat, ist grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

4.2 Die formalen Voraussetzungen für eine Ausnahmekonstellation gemäss der vorerwähnten Rechtsprechung sind erfüllt, hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 16. August 2016 (AB 105) doch das 55. Altersjahr zurückgelegt. Er hält sich jedoch für nicht eingliederungsfähig und verzichtete denn auch auf Wiedereingliederungsmassnahmen nach der Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision (vgl. AB 98, 104, 106). Die Durchführung beruflicher Massnahmen erscheint daher mit Blick auf den fehlenden Eingliederungswillen zufolge einer stark ausgeprägten Krankheits- und Behindertenüberzeugung als zum Vornherein aussichtslos. Es fehlt an der subjektiven Bereitschaft zur beruflichen Wiedereingliederung und der Beschwerdeführer pocht stattdessen auf die Weiterausrichtung einer Rente. Ausserdem unterliegen die dem Beschwerdeführer zumutbaren Hilfsarbeiten keinen besonderen Qualifikationen, womit auch unter diesem Gesichtspunkt keine befähigenden Massnahmen erforderlich sind. Folglich bestehen weder aus medizinischer noch aus beruflicher-erwerblicher Sicht Gründe für eine ausnahmsweise (bzw. vorläufige) Nichtanrechenbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vor Aufhebung der Rente keine Wiedereingliederungsmassnahmen gewährt hat.

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die bisherige halbe Invalidenrente in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV zu Recht auf das Ende des der Zustellung der Verfügung vom 16. August 2016 (AB 105) folgenden Monats aufgehoben. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.